



LES FACTEURS PRÉDISPOSANT À L'INFECTION GRAVE

Pr. G. Potel, Dr. E. Batard, Nantes

Le problème de la prise en charge d'une infection grave ou potentiellement grave se pose de façon différente en réanimation et en médecine d'urgence :

1°/ pour le réanimateur appelé au chevet d'un patient suspect d'un sepsis sévère ou d'un choc septique, la question est de confirmer ou non le diagnostic, et d'apprécier si les moyens thérapeutiques de la réanimation sont susceptibles d'être utiles au patient.

2°/ dans un service d'urgence, le médecin urgentiste doit se poser les mêmes questions que le médecin réanimateur face au même tableau clinique, mais à cette difficulté s'en ajoute une autre : *celle des patients n'ayant pas de signes de gravité* dès l'entrée, et susceptibles de s'aggraver brutalement dans l'interminable file d'attente. La question qui est posée ici est donc de savoir **quels sont les facteurs qui doivent être mémorisés par le médecin ou par l'infirmier(e) chargé(e) de l'organisation de l'accueil afin de prioriser ces patients de façon optimale**. En d'autres termes, quelles sont les situations ne comportant pas nécessairement de signes de gravité initiaux, et qui sont susceptibles de se transformer en infection grave, voire gravissime, pendant la durée d'attente ?

1 – la gravité potentielle liée au siège des infections :

- Le purpura fébrile est une urgence absolue de prise en charge : le problème qui est posé est donc de pouvoir faire un **examen cutané de tout patient présentant une fièvre en apparence isolée**, admis dans la file d'attente.
- D'une façon générale, toutes les infections du système nerveux central, c'est à dire **tous les signes neurologiques associés à une fièvre** en apparence isolée et sans signes de gravité doit faire l'objet d'une priorisation absolue.
- **Les suspicions de pneumonie** sans signes de gravité initiaux, dès lors qu'elles surviennent chez une personne âgée porteuse d'une ou plusieurs comorbidités doivent immédiatement alerter.
- **Les infections cutanées extensives** de type fasciite nécrosante ou gangrène doivent également faire l'objet d'une prise en charge immédiate, même en l'absence de signes de gravité initiaux. Un érysipèle peut attendre, mais pas une cellulite....
- **Les suspicions de syndrome canalaire** (voies biliaires, voies urinaires) peuvent se présenter initialement avec une douleur isolée. La possibilité d'une complication infectieuse peut survenir très rapidement. Dans ce contexte, la prise en charge obligatoire de la douleur constitue la meilleure protection contre le risque d'une attente dangereuse dans la file de patients.

2.- La gravité potentielle liée au terrain :

- Toute fièvre survenant chez un **patient neutropénique** connu doit faire l'objet d'une prise en charge immédiate.
- Les **patients splénectomisés** : il s'agit aussi bien des patients ayant subi une splénectomie chirurgicale que de l'asplénie acquise du drépanocytaire, qui expose au risque d'infection à germe encapsulé dont les éléments de gravité peuvent apparaître brutalement. Le pneumocoque arrive en tête des germes responsables. Ce risque est d'autant plus grand que la splénectomie est précoce dans la vie et il devient faible chez le sujet âgé. La notion d'une vaccination anti-pneumococcique et contre l'haemophilus constitue un argument rassurant.



- En dehors du SIDA, **les immunodépressions cellulaires** consécutives au traitement par immunodépresseurs (prescrits par exemple dans les LLC ou d'autres hémopathies lymphoïdes chroniques) doivent également faire l'objet d'une priorisation en cas de suspicion d'infection.
- **La grossesse** : le traitement d'une cystite d'allure simple chez la femme enceinte est une urgence thérapeutique compte-tenu des risques materno-fœtaux que comporte l'évolution vers la pyélonéphrite aiguë en cas de retard au traitement.

3- La gravité potentielle liée aux circonstances épidémiologiques

Certaines données d'interrogatoire de recueil très simple constituent également un élément d'orientation contre-indiquant un séjour injustifié dans la file d'attente, compte-tenu de la gravité potentielle :

Séjour en zone d'endémie palustre

Séjour en zone d'endémie de SARS ou de grippe aviaire

Séjour en zone d'endémie de fièvre hémorragique virale

Ces 2 derniers types de séjours exigent **l'éviction immédiate** de la file d'attente et l'isolement au profit d'un circuit prévu à l'avance.

L'identification de toutes ces situations exige un effort de formation et d'information qui intéresse aussi bien l'IOA que le médecin de l'accueil. L'aggravation d'un patient dans la file d'attente est une perte de chance pour le malade, et une perte d'image pour le service concerné, aussi bien que pour la discipline de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'accueil, permettant d'éviter ces incidents regrettables, est de la responsabilité exclusive des médecins urgentistes.